In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Conduite à tenir devant une hémorragie digestive basse

Dr Saoula
CHU de Bab el oued

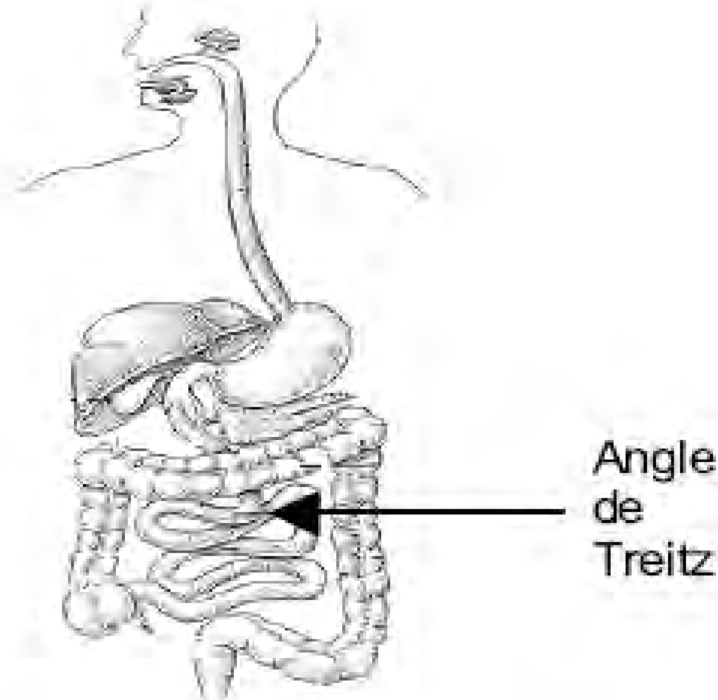
plan

- Définition
- Intérêt de la question
- Reconnaître
- Évaluer la gravite et prise en charge en urgence
- Rattacher à une cause =Diagnostic étiologique

DEFINITION

Saignement provenant du tractus digestif situé en aval de l'angle de Treitz (A duodeno-jejunal)

Origine: grêle(jéjunum,ileon),colon,rectum,anus.

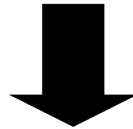


Intérêt

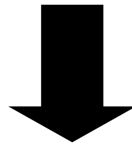
- Fréquence : les hémorragies digestives basses représentent 20% des hémorragies digestives.
- Diagnostic positif : souvent simple.
- En général peu abondantes,elles peuvent être graves et mettre en jeu le pronostic vital
- Diagnostic étiologique :parfois difficile, apport de l'endoscopie (coloscopie,entéroscopie,vidéo capsule)
  Étiologies multiples, dominées par les causes anorectales et coliques.
- Thérapeutique : apport de l'endoscopie et de la radiologie interventionnelles.

Prise en charge

Reconnaître l'hémorragie digestive basse

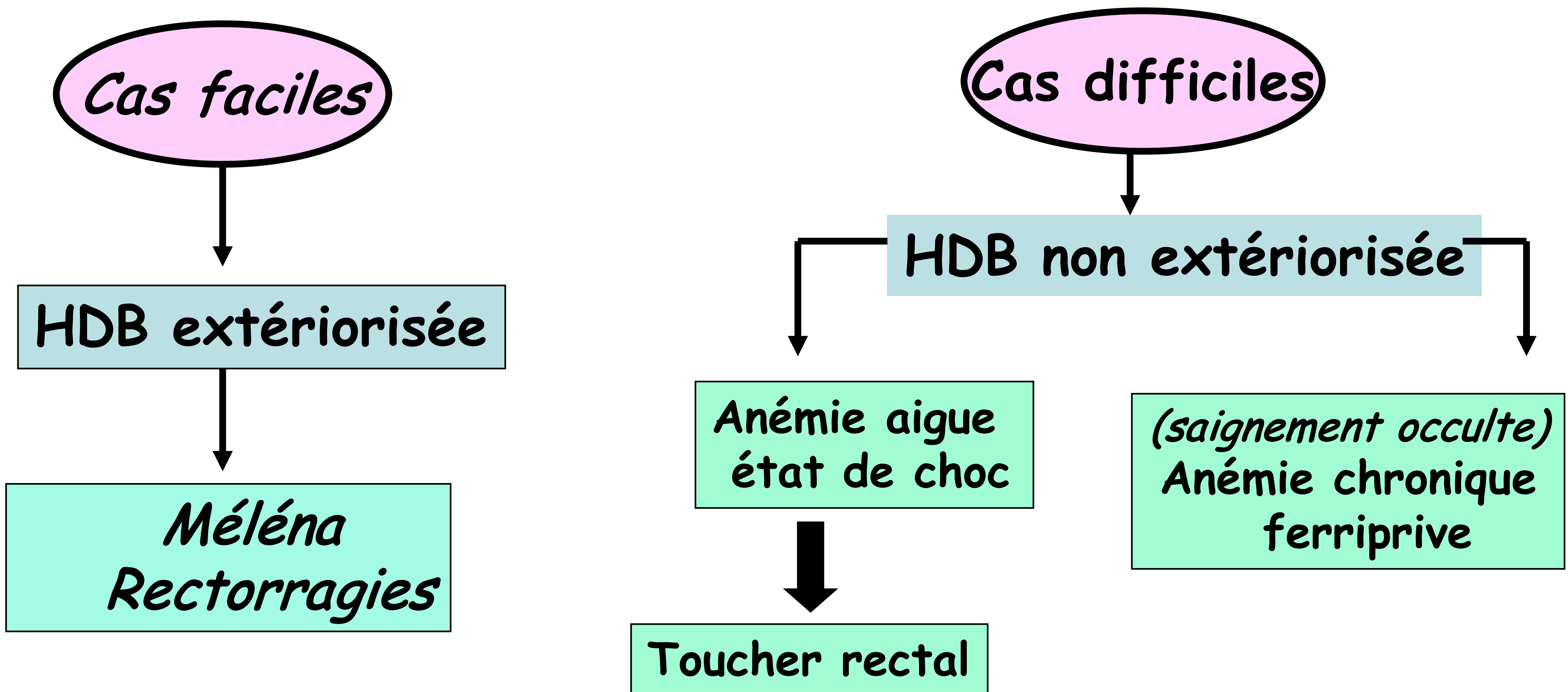


Apprécier la gravité et prendre les mesures thérapeutiques d'urgence



Rechercher son étiologie et instituer un traitement spécifique

Reconnaître l'HDB: DG positif



Reconnaître l'HDB: DG positif

Hémorragie extériorisée

- **Rectorragies** : Extériorisation par l'anus de sang rouge frais,accompagnant ou non la selle.

- **Méléna** : extériorisation par l'anus de sang digéré sous la forme de selles noires,nauséabondes, poisseuses ,malodorantes(goudron frais)

Reconnaître l'HDB: DG positif

Hémorragie non extériorisée

- **Signes d'anémie aigue:**

En cas de saignement de grande abondance

Pâleur, tachycardie,hypotension artérielle, polypnée voire état de choc

- **Signes d'anémie chronique:**

En cas de saignement de petite abondance, répète, occulte.

Asthénie, Pâleur, palpitations, vertiges ,lipothymies

Éliminer ce qui n'est pas hémorragie digestive:Dc différentiel

Méléna:

Selles colorées par certains aliments (épinards,betterave) ou médicaments (charbon,bismuth,fer)

Rectorragies: saignement urogénital

Évaluer la gravité

Urgence de la situation → Saignement aigu ou chronique

Critères liés au terrain



Age
Tares associées

Critères cliniques



Signes de choc

Critères biologiques



hémoglobine

Critères évolutifs



Instabilité hémodynamique
Transfusion >4culots/24h
Récidive de l'hémorragie

Mesures d'urgence

- Hospitalisation dans un milieu médicochirurgical.
- Réanimation médicale intensive si nécessaire.
- 2 voies veineuses de bon calibre permettant:

-Bilan biologique: groupage,NFS,hémostase,glycémie,bilan rénal.

[redacted]

- Oxygénothérapie
- Surveillance clinique rapprochée(Fréquence cardiaque, Pression artérielle,État de conscience,Diurèse,Nombre d'unités transfusées et de solutés perfusés,éventuellement mesure de la PVC)

Enquête étiologique

Anamnèse 

Age,
ATCD de MH, MICI, néoplasie ou polypose digestive personnelle ou familiale, Cardiopathie thrombogène, Radiothérapie,
prise de température rectale,
Prise d'AINS ou d'anticoagulants
type de l'hémorragie:
- méléna(grêle,colon droit)
- rectorragies (anus,colorectal,grêle si grande abondance)

Signes associes:troubles du transit,AEG

Examen clinique 

méthodique et complet
Examen digestif:Masse abdominale – HTP - Ascite – HPM
Examen proctologique++:fissure,hémorroïdes
- TR:masse intra rectale
- anuscopie et rectoscopie

Reste de l'examen somatique

Enquête étiologique

- Rectorragies de moyenne à grande abondance.
- Méléna.



Éliminer une hémorragie d'origine haute



Endoscopie digestive haute = FOGD

Enquête étiologique

Rectorragies de petite abondance.



hémorragie d'origine basse

Examen de première intention

Coloscopie:

- Réalisation en urgence en cas d'hémorragie abondante.
- La responsabilité d'une lésion colique objectivée

en coloscopie est certaine si :

-Saignement actif

-Signes d'hémorragie récente au sein de cette lésion:caillot sanguin,vaisseau visible.

- Permet un geste thérapeutique:Hémostase endoscopique.

Examens de deuxième intention

Exploration du grêle

- **Entéro-scanner**,avec angioscanner: sensible dans la détection des tumeurs du grêle(petite taille) .
- **Vidéo capsule** :approche nouvelle et simple de l'examen du grêle.
- **Entéroscopie à double ballonnet** :permet de visualiser la quasi totalité du grêle

  possibilité de biopsies et de traitement

Artériographie coelio-mésentérique: invasive ! Réalisée si

-saignement persistant de cause imprécise

-état hémodynamique instable malgré les mesures de réanimation.

- Elle nécessite un débit sanguin de 0,5-1ml /mn pour visualiser le saignement .
- Elle permet un *geste* thérapeutique :embolisation

Scintigraphie aux Globules Rouges marqués au Technécium 99:

- Intérêt limité dans ces situations d'urgence (si état hémodynamique instable)
- Met en évidence un saignement digestif de l'ordre de 0,1 ml/ mn
- Permet une sélection des malades ayant une hémorragie active pour lesquels une artériographie serait utile.

Exploration chirurgicale

Examens complémentaires

Melena ou rectorragies de grande abondance:

1. FOGD(éliminer lésion haute)
2. Coloscopie
3. Scintigraphie
4. artériographie
5. Exploration du grêle

Rectorragies de petite abondance:

1. Examen proctologique
2. Coloscopie
3. scintigraphie
4. Artériographie

Étiologies(I)

Causes anales:

- La maladie hémorroïdaire
- Les Fissures anales
- Le cancer anal

Causes recto coliques:

- Tumorales: tumeurs bénignes;tumeurs malignes10à 20%
- Inflammatoires : MICI:6 à 30%
- Colites infectieuses
- Ulcérations rectales thermométriques: 5 à 23%
- Ulcère solitaire du rectum
- Sujet âgé:

diverticulose colique : 42%
angiodysplasies coliques : 3 à 12%
colite ischémique: 3 à 9%

Étiologies(II)

Causes coliques plus rares:

- Varices rectales ou coliques, endométriose, colites médicamenteuses, fistules artério-digestives
- Complications d 'un geste endoscopique (polypectomie, mucosectomie) : 0,3 à 2,4% des HDB

Causes gréliques:0,7 à 9%

- Diverticule de Meckel
- Angiodysplasies du grêle,
- Tumeurs et ulcères du grêle
- Fistules aorto-digestive (anévrisme de l'aorte fissuré)

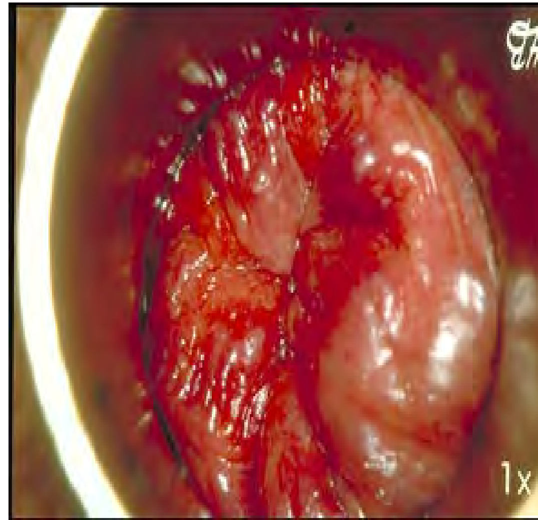
Étiologies

Hémorroïdes

- ✓ Cause la plus fréquente
- ✓ **Diagnostic d'élimination++++**
- ✓ Saignement minime;intermittent, arrose la selle
- ✓ Traitement:
  - RHD:suppression des épices;alcool
  - Bains de siege
  - TM:laxatifs;topiques;veinotoniques
  - Instrumentale:ligature élastique
  - Chirurgie:hémorroidectomie



anite hémorroïdaire



Hémorroïdes internes hémorragiques



Prolapsus hémorroïdaire



Hémorroïdes externes

Étiologies

Fissure anale:

Ulcération sous valvulaire du canal anal
Rectorragies;syndrome fissuraire
Siège postérieur(12h en position GP)

Traitement:

- RHD;bains de siège;
- Trt médical:antalgiques;laxatifs;anesthésiques; dérivés nitrés en crème.
- Chirurgie: Sphinctérotomie latérale; Fissurectomie



Fissure jeune



Fissure jeune



Fissure évoluée avec marisque et papille hypertrophiée

Cancer de l'anus

Cause peu fréquente

Rectorragies;suintement séro-sanglant

Carcinome epidermoide d'aspect bourgeonnant;ulcéré

Traitement:

- Radiothérapie;curiethérapie
- Chirurgie



Large ulcération a fonds et bords indurés de la marge anale



Petit bourgeon tumoral de la marge anale

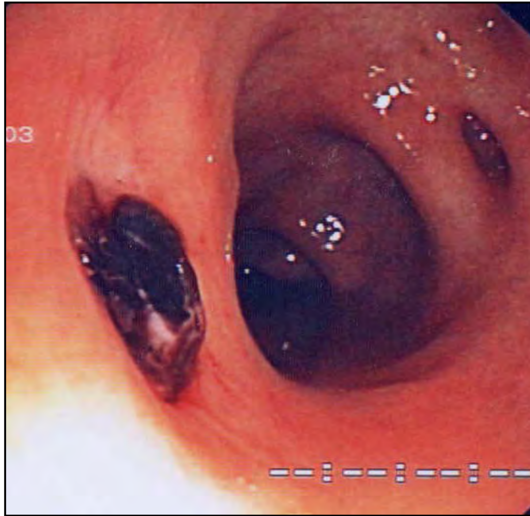


Grosse lésion bourgeonnante et infiltrante de l'anus

Diverticulose colique:

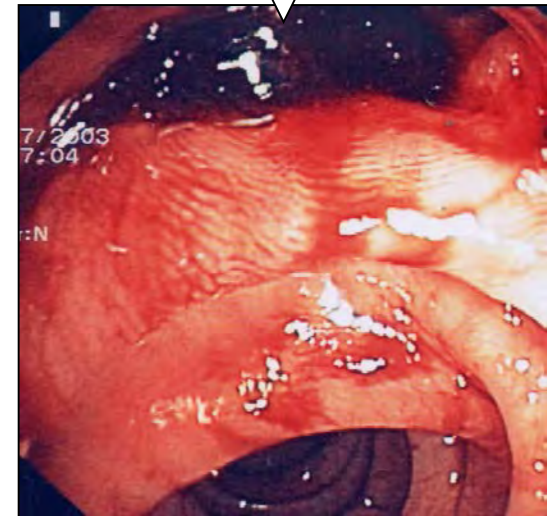
- 41,6% des HDB
- Hémorragie révélatrice d'une diverticulose dans 20% des cas
- Majorité des diverticules dans le colon gauche
- Incrimine si Saignement actif, vaisseau visible, caillot adhérant
- Traitement endoscopique par électrocoagulation ou injections sclérosantes (en l'absence: récidive dans 53% des cas)

Signes endoscopiques prédictifs de poursuite ou récidive hémorragique: « saignement actif, vaisseau visible, caillot adhérent »



Caillot adhérent au fond d'un diverticule

Caillot de sang frais au fond d'un diverticule



Angiodysplasies:

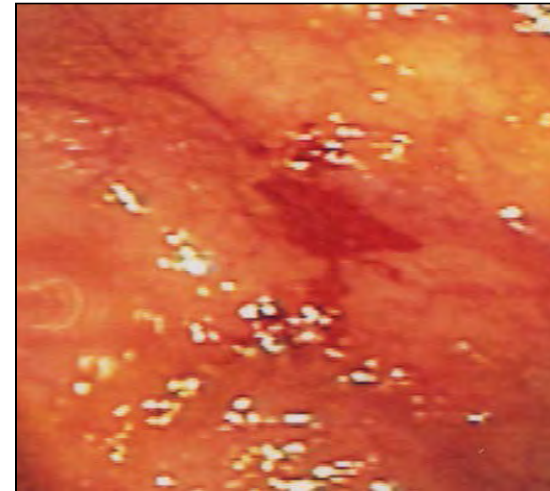
Dilatation des veines sous muqueuses coliques et des capillaires muqueux qui les recouvrent

-3 à 12% des HDB selon les séries

- -Majorité dans colon droit et cæcum
- -Diagnostic endoscopique difficile en urgence
- -Artériographie : examen de référence
- -Récidive hémorragique en l'absence de traitement: 25 à 50% des cas



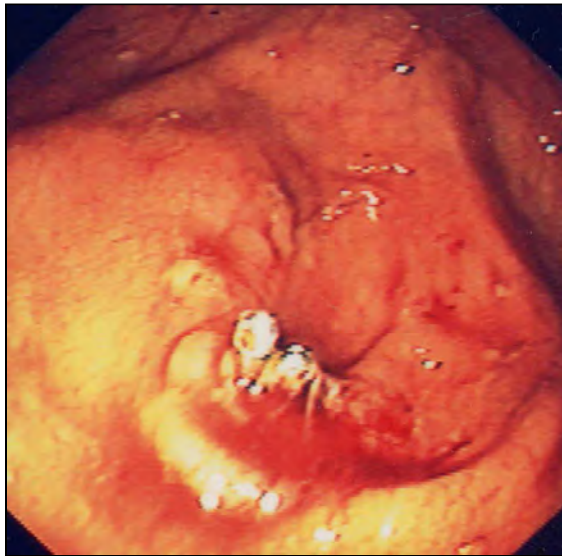
Angiodysplasie colique droite



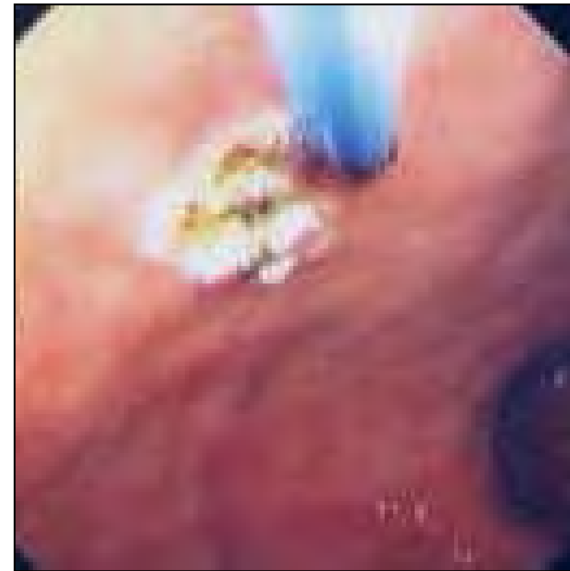
Angiodysplasie colique gauche

Angiodysplasies hemorragiques





Clips d'hémostase



Coagulation par Plasma argon

Ulcérations rectales:

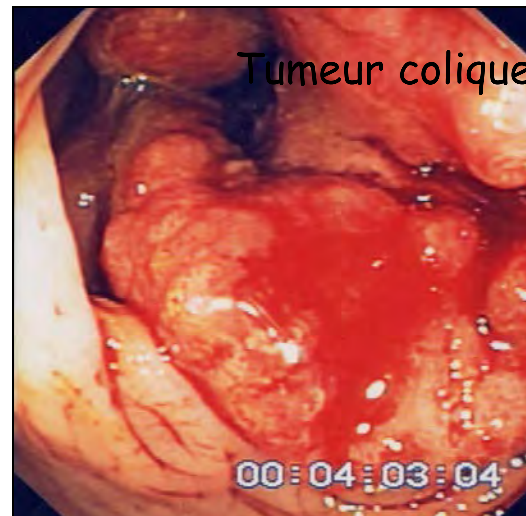
- Souvent iatrogènes (thermométriques, corps étrangers)
- Syndrome de l 'ulcère solitaire du rectum
- 5 à 23% des HDB abondantes

Tumeurs colo-rectales:

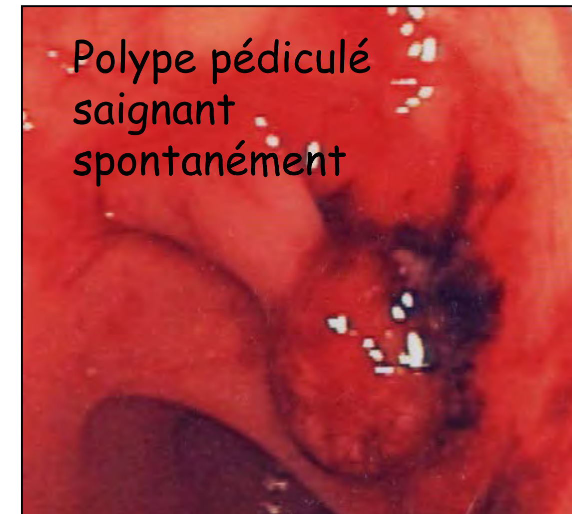
- Rectorragies d'intensité plutôt modérée
- 10 à 20% des HDB abondantes
- Les polypes : causes rares d'HDB



Ulcère solitaire du rectum



Tumeur colique



Polype pédiculé saignant spontanément

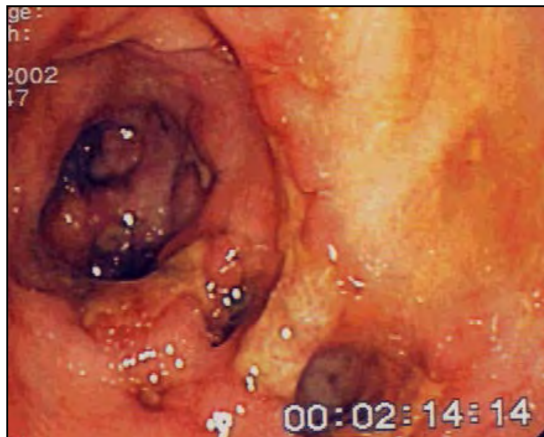
- Colites inflammatoires ou ulcérées:
  - 6 à 30% des HDB : 5% d'hémorragies sévères
  - Rectocolite hémorragique: 2 à 8% des HDB
  - Maladie de Crohn moins impliquée dans les HDB abondantes

colites infectieuses :sd dysentérique hémorragique fébrile

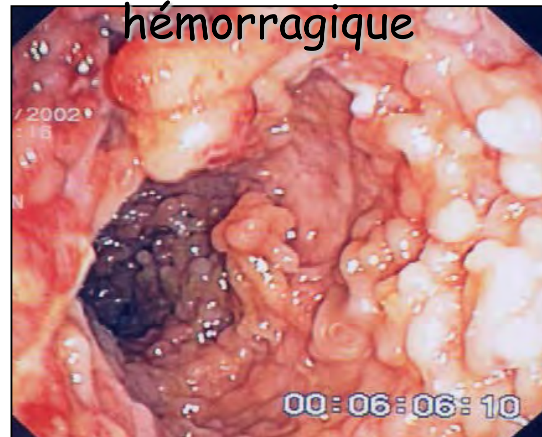
Colites ischémiques: sujet age ,cardiopathie thrombogene,ou bas débit cardiaque

Rectites radiques:

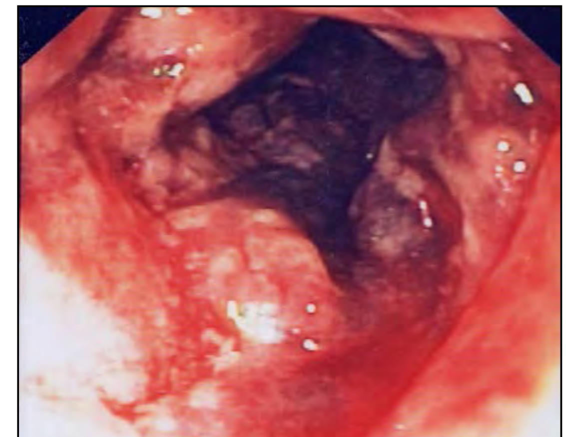
Maladie de Crohn



Rectocolite hémorragique

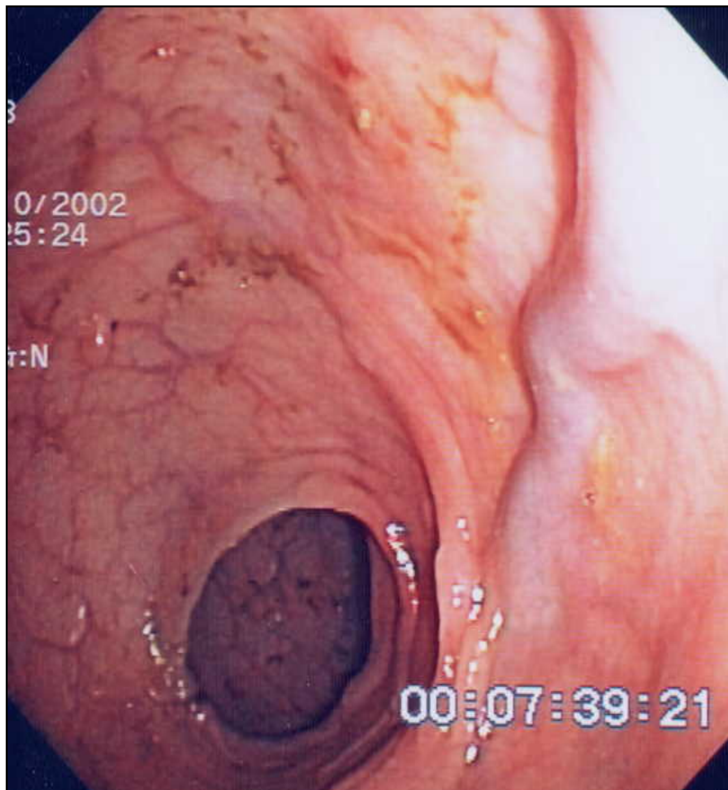


Colite ischémique



Causes coliques plus rares:

[redacted]édicamenteuses,
fistules artério-digestives





HDB d'origine grêlique

1. **Angiodysplasies du grêle**

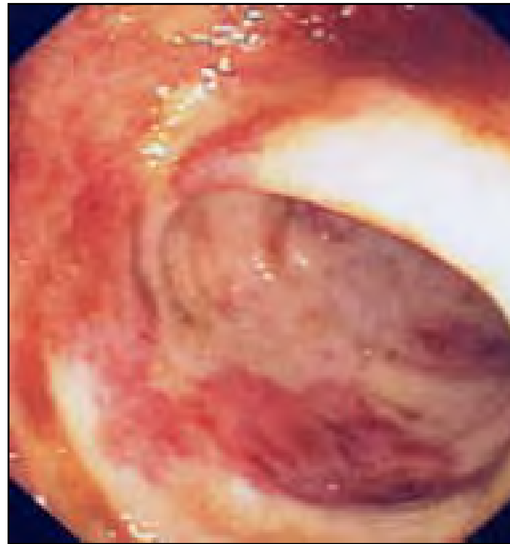
2. **Diverticule de Meckel:** anomalie congénitale la plus fréquente du tractus digestif.
   Souvent asymptomatique de découverte fortuite lors d'une laparotomie;
   Se révèle le plus souvent au cours des deux 1eres années de vie, rarement chez l'adolescent ou l'adulte jeune ;
   sous forme de méléna isolé ou associé à du sang rouge ou bien un tableau d'anémie chronique.
   DC+: scintigraphie au technécium 99;
   Transit du grêle par enteroclyse;
   si saignement abondant angiographie mésentérique supérieure.
   Traitement: résection chirurgicale.

3. **Tumeurs et ulcères du grêle**

4. **Fistules aorto-digestive** (anévrisme de l'aorte fissuré)

Vascularites





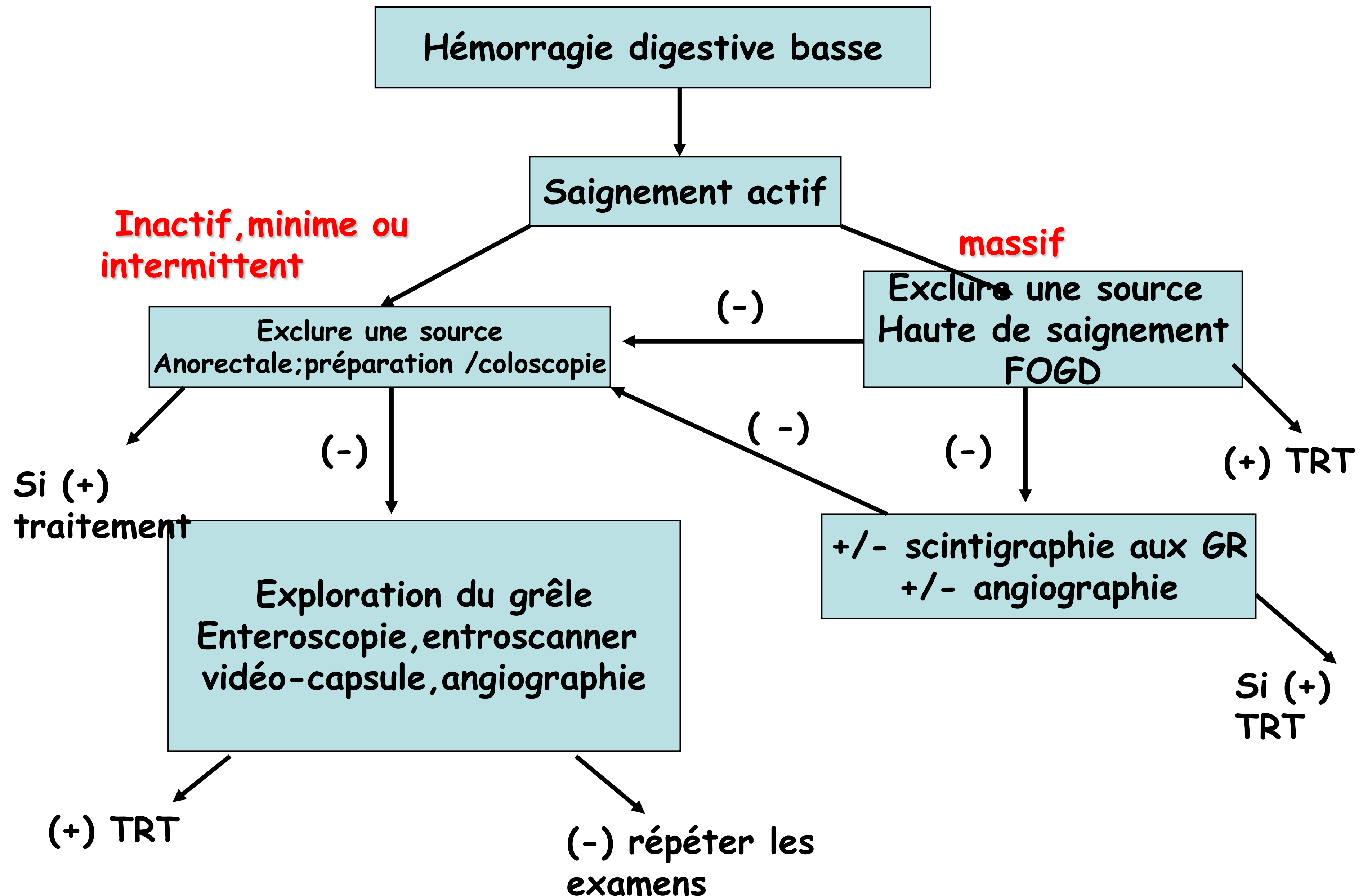


Purpura rhumatoïde

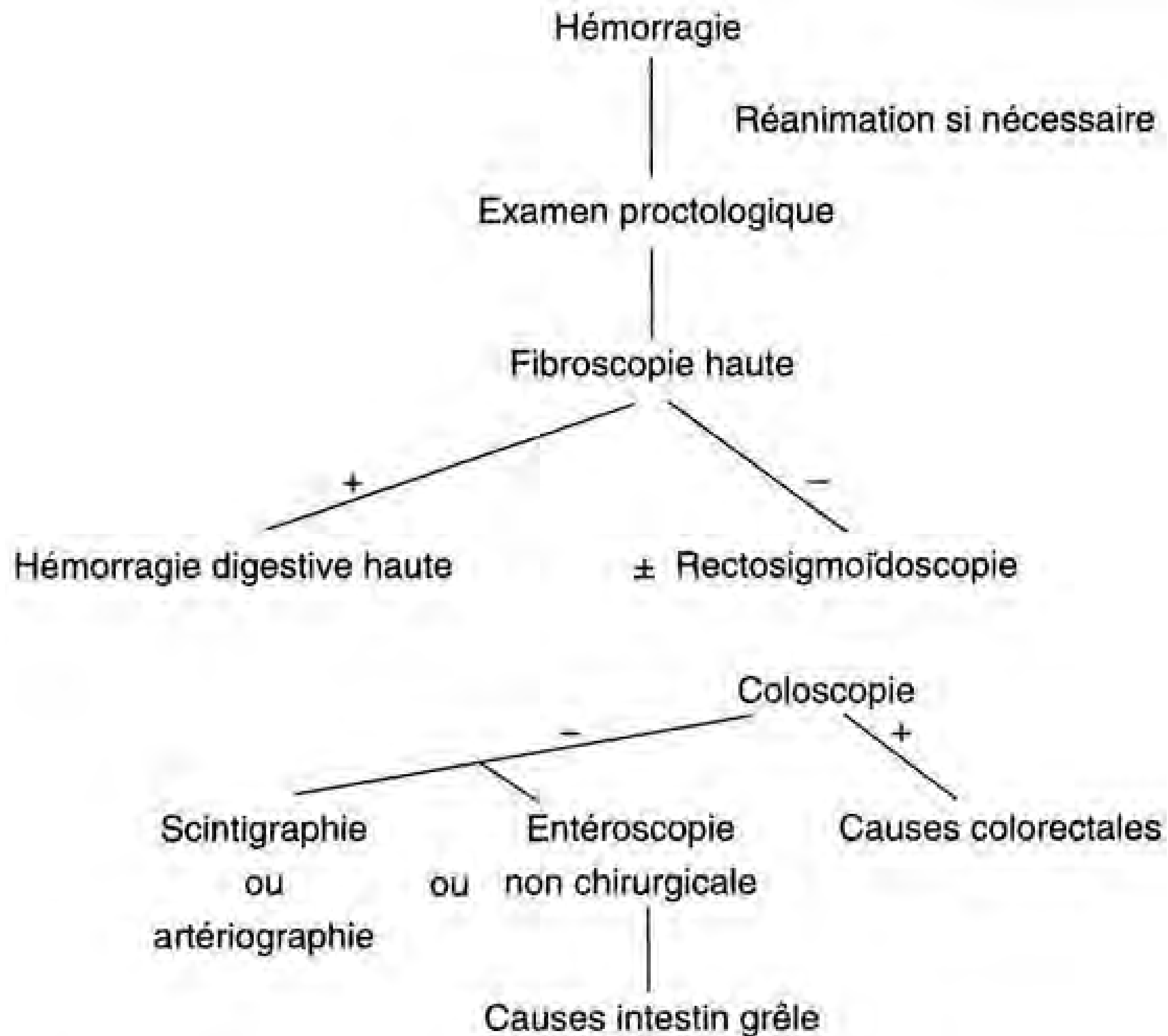
PAN

CONCLUSION

- L'HDB est moins fréquente et généralement moins grave que l'hémorragie digestive haute et le plus souvent d'origine colique.
- La coloscopie est susceptible de faire le diagnostic de certitude de la cause dans un nombre non négligeable de cas et éventuellement d'être associée à la réalisation d'un geste hémostatique qui peut permettre une hémostase définitive.
- Évolution spontanément favorable dans 2/3 des cas
- Terrain++
- Causes les plus fréquentes :hémorroïdaires; diverticulaires; angiodysplasies et polypes.
- Traitement : médical;endoscopique;radiologique et chirurgical.



Algorithme pour la PEC de l'HDB (SLEISENGER & FORTDRANS 7th édition)


Hémorragie
Réanimation si nécessaire
Examen proctologique
Fibroscopie haute
+
–
Hémorragie digestive haute
± Rectosigmoïdoscopie
Coloscopie
–
+
Scintigraphie
ou
artériographie
ou
Entéroscopie
non chirurgicale
Causes colorectales
Causes intestin grêle